

自立支援医療（育成医療）意見書

フリガナ 受診者氏名		性別	男・女	年齢	歳	年 月 日生	
受診者住所							
病 名		発症年月日			年 月 日		
障害の種類 (該当するものに ○をつける)	(1)肢体不自由 (2)視覚障害 (3)聴覚・平衡機能障害 (4)音声・言語・そしゃく機能障害 (5)心臓機能障害 (6)腎臓機能障害 (7)小腸機能障害 (8)肝臓機能障害 (9)その他機能障害 (10)免疫機能障害						
医療の具体的方針							
治 療	治療見込期間	入院治療時期	日間	} 通算	日間		
		通院治療並びに期間	回				日間
		訪問看護予定回数並びに期間	回				日間
		入院（予定）月日	平成	年	月		日
	通院開始予定月日	平成	年	月	日		
通院の場合	1か月			回			
医療費概算額	入院治療費	円	} 計			円	
通院治療費	円						
訪問介護等	円						
移送見込額						円	
医療費及び移送費 合計額						円	
治療後における障害 の回復状況の見込							
上記のとおり診断し、その医療費および移送費を概算いたします <div style="text-align: right;">年 月 日</div> 指定自立支援医療機関名 電 話 番 号 担 当 医 師 名 <span style="float: right;">印</span>							